VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ
(NR 69)
z dnia 15 stycznia 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 69)

15 stycznia 2019 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Małgorzaty Zwiercan (WiS),** przewodniczącej Komisji, oraz **Krystyny Wróblewskiej (PiS)**, zastępczyni przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017 (druk nr 3071);

– informacja Ministra Zdrowia na temat rozwoju teleopieki w Polsce – uwarunkowania, funkcjonowanie i finansowanie;

– rozpatrzenie projektu planu pracy Komisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2019 r.

W posiedzeniu wzięli udział: **Stanisław Szwed** sekretarz stanu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Janusz Cieszyński** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Woch** pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Żyra** zastępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych Głównego Urzędu Statystycznego, **Barbara Szymborska** naczelnik w Kancelarii Rady Ministrów, **Anna Chabiera** z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, **Joanna Celińska** główny specjalista w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, **Krzysztof Bochnak** przedstawiciel Biura Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Bolesław Meluch** ekspert Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera, **Jerzy Piotrowicz** wiceprezes Fundacji „Ludzie jesieni”, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji ADAPTACJA, **Teresa Banasiak** ze Stowarzyszenia Pomocy Seniorom Vis Maior, **Edyta Kocyk** współzałożycielka Sidly sp. z o. o., **Renata Ekielska-Rudeńska** przedstawicielka Branżowej Komisji Dialogu ds. Osób Starszych i Kombatantów przy Biurze Pomocy i Projektów Społecznych m. st. Warszawa, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, **Jerzy Mądry** ze Stowarzyszenia MANKO, **Ewa Brewczyńska-Florczyk** przewodnicząca Zawierciańskiej Rady Seniorów, **Jan Siedlecki** prezes Bemowskiego Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych i członek Rady Seniorów Bemowo, **Bożena Laskowska** przewodnicząca i **Ewa Sadowska** wiceprzewodnicząca RS Dzielnicy Wilanów, **Adam Zieliński** przewodniczący Zespołu ds. Zdrowia i Spraw Socjalnych Wolskiej RS oraz **Krzysztof Jambor** przedstawiciel Bemowskiej Rady Seniorów.

W posiedzeniu wzięli udział pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Wiesław Kozioł** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo, bardzo proszę wszystkich o powstanie. W związku w tragiczną śmiercią prezydenta Pawła Adamowicza uczcijmy minutą ciszy jego pamięć. Dziękuję państwu.

Otwieram 69. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, panów ministrów, przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, Głównego Urzędu Statystycznego, przedstawicieli ministerstw, a także

wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017 (druk nr 3071); w drugim punkcie – informacja Ministra Zdrowia na temat rozwoju teleopieki w Polsce – uwarunkowania, funkcjonowanie i finansowanie; w trzecim punkcie – rozpatrzenie projektu planu pracy Komisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2019 r. Czy ktoś jest przeciw przyjęciu porządku dziennego? Nie słyszę. Przyjęliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Proszę o przedstawienie informacji pana ministra Stanisława Szweda, sekretarza stanu w MRPiPS. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Stanisław Szwed:
Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, przedstawiam informację o sytuacji osób starszych w Polsce. Otrzymują państwo po raz trzeci materiał tego typu, jest on dość obszerny, ale proszę się nie bać, nie będę go szczegółowo omawiał. Przekażę najważniejsze informacje, reszta jest w materiałach, w tym wykaz działań podejmowanych przez poszczególne ministerstwa, jak również realizowanych w programach wojewódzkich, powiatowych i programach regionalnych. Postaram się skrótowo przedstawić państwu te informacje, a później będziemy się starali odpowiedzieć państwu na ewentualne pytania.

Zacznę od sytuacji demograficznej. W 2017 r. liczba ludności w Polsce wynosiła 38 400 tys. mieszkańców, w tym powyżej 60. roku życia 9300 tys. osób. Jeśli chodzi o sytuację ekonomiczną osób starszych, na podstawie wyników badania budżetu gospodarstw domowych, przeciętny miesięczny dochód rozporządzany na jedną osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych wyłącznie przez osoby starsze wyniósł 1888,76 gr i był o 17,5% wyższy niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze, poniżej 60. roku życia. Przeciętne miesięczne wydatki na jedną osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych tylko przez osoby powyżej 60. roku życia wyniosły 1514,69 gr i były wyższe o 28,4%. Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami powyżej 60. roku życia w porównaniu z gospodarstwami bez osób starszych rzadziej oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą lub dobrą (27,5% wobec 43%), a częściej jako przeciętną i raczej złą. Jeśli chodzi o sytuację mieszkaniową osób starszych w 2017 r., osoby powyżej 60. roku życia zamieszkiwały w przeważającej części budynki wielorodzinne (ponad 61%), przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania na jednego gospodarstwo domowe osób starszych wynosiła prawie 67 m^2. Mieszkania wyposażone w wodociągi miało prawie 100% osób starszych, dostęp do sieci gazowej 63% gospodarstw osób starszych, a 29% korzystało z gazu z butli. Z ogrzewania centralnego ponad 85%.

Jeśli chodzi o formy pomocy społecznej, w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne w miejscu zamieszkania, w 2017 r. z takich usług skorzystało ponad 105 tys. osób starszych, a kwota przeznaczona z tego tytułu przez gminy wyniosła 562 mln zł. Ze specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystało ponad 5 tys. osób starszych, kwota świadczeń wyniosła ponad 22 tys. zł. Ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi skorzystało ponad 14 tys. osób, przy czym liczba świadczeń wyniosła ponad 4156 tys., a kwota świadczeń ponad 110 mln zł. Jeśli chodzi o środki z rezerwy budżetu państwa, utworzono z tej rezerwy 834 miejsca w środowiskowych domach samopomocy, z czego 432 miejsca w 17 nowych środowiskowych domach samopomocy, jedną filię środowiskowego domu samopomocy oraz 271 nowych miejsc w już istniejących domach. Utworzono także dwa kluby samopomocy, zapewniając 40 miejsc dla podopiecznych.

Sytuacja osób starszych bezrobotnych na rynku pracy powyżej 50. roku życia poprawiła się. W końcu 2017 r. liczba tych osób wyniosła niespełna 300 tys. i w stosunku do roku 2016 zmniejszyła się prawie o 80 tys., tj. o 21%. W efekcie, w końcu 2017 r. odsetek bezrobotnych powyżej 50. roku życia w ogólnej liczbie zarejestrowanych bezrobotnych wyniósł 27,6% i w stosunku do poprzedniego roku był on niższy.

Jeśli chodzi o stan zdrowia i opiekę zdrowotną, ocena jest podobna. Podam kilka informacji. Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności dotyczyła w 2017 r. ponad 46% osób starszych, z tej grupy 8,7% zadeklarowało, że nie skorzystało z tych usług służby zdrowia, gdy tego rzeczywiście potrzebowało. Ze sprawozdawczości, którą przedstawiły nam placówki ochrony zdro-

wia, wynika, że osoby starsze skorzystały w 2017 r. z ponad 92 mln porad lekarskich w ramach laboratoryjnej opieki zdrowotnej. Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła 8,3 porady, podczas gdy w przypadku osób starszych wskaźnik ten stanowił 14,4 porady na jednego mieszkańca. W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom starszym ponad 54 mln porad, co stanowi 32% ogółu porad w tym zakresie. W opiece specjalistycznej lekarze udzielili osobom starszym 33 mln porad lekarskich, tj. 28% wszystkich porad specjalistycznych. Pod koniec 2017 r. w oddziałach geriatrycznych było1341 łóżek, w ciągu roku leczono na oddziałach geriatrycznych ponad 31 tys. pacjentów. Jeżeli popatrzymy na te liczby od 2010 r., to w 2010 r. było 30 oddziałów geriatrycznych, a w 2017, jak powiedziałem, 63 oddziały, czyli jest zdecydowany wzrost.

Jeśli chodzi o aktywność edukacyjną, kulturalną i rekreacyjną, w 2016 r. była ona dosyć niska, w 2017 r. się poprawia. Na pewno trzeba wspomnieć o realizowanych programach ASOS, jak również Senior+. W pierwszym module Programu Senior+ w 2017 r., który zapewnia jednorazowe wsparcie na utworzenie i wyposażenie placówek w wysokości do 80% kosztów realizacji zadania, przeznaczono na ten cel 30 mln zł, stworzono 131 placówek Senior+, 35 dziennych domów seniora, 96 klubów seniora. W ramach drugiego modułu, czyli zapewnienie funkcjonowania już istniejących placówek, dofinansowano 124 placówki na kwotę ponad 8 mln zł. Ostatecznie w 2017 r. utworzono 113 nowych placówek Senior+, a 123 już istniejące dzienne domy pobytu skorzystały ze wsparcia na bieżące funkcjonowanie. Wprowadzone zmiany mają ułatwić korzystanie z tego programu przez samorząd. Jeśli chodzi o program ASOS, to również przeznaczamy 40 mln zł na realizację tych przedsięwzięć, które cieszą się dużą popularnością.

Jeszcze króciutko o sytuacji niepełnosprawnych osób starszych. Według spisu ludności z 2011 r. wśród ogółu Polaków prawie 4700 tys. osób określało swój stan jako niezadowalający. W tej zbiorowości ponad 2,5 mln stanowili ludzie starsi. Większość niepełnosprawnych osób dysponowała prawnym tytułem do potwierdzenia niepełnosprawności.

Teraz nasze wnioski i rekomendacje. Kontynuowanie działań z zakresu zapewnienia osobom starszym o najniższych dochodach bezpieczeństwa ekonomicznego m.in. poprzez podwyższenie minimalnej kwoty emerytury, weryfikację zasad waloryzacji emerytur, wprowadzenie dodatków specjalnych. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób wieku starszego, w tym rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych w zakresie prowadzenia zdrowego i aktywnego trybu życia, podniesienia świadomości w zakresie skutków zachowań ryzykownych oraz upowszechnianie wykorzystania nowych rozwiązań technologicznych, np. teleopieki. Wsparcie rozwoju geriatrii, poprawa dostępności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz kształcenie we wszystkich zawodach medycznych w zakresie geriatrii, a także doskonalenie zawodowe personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych osobom starszym. Uwzględnienie w działaniach kierowanych do osób starszych problemu osamotnienia i samotności oraz przeciwdziałanie negatywnym indywidualnym i społecznym skutkom tych zjawisk. Realizacja działań mających na celu zwiększenie skuteczności funkcjonowania pomocy społecznej oraz rozwój zróżnicowanych usług świadczonych lokalnie w miejscu zamieszkania i w ośrodkach wsparcia, w tym unowocześnienie, usprawnienie istniejących rozwiązań na rzecz włączenia społecznego i przeciwdziałania ubóstwu. Podejmowanie działań na rzecz nieformalnych opiekunów osób starszych, w tym członków rodzin, m.in. poprzez wprowadzenie zmian w systemie prawnym, w szczególności uwzględniających postulaty i propozycje rozwiązań proponowanych przez środowiska skupiające osoby starsze, niepełnosprawne i ich opiekunów. Kontynuowanie na poziomie centralnym i regionalnym działań z zakresu aktywnego starzenia się i podejścia międzypokoleniowego, w tym inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć z zakresu aktywizacji i zaangażowania osób starszych, mających na celu wykorzystanie zasobów tej grupy społecznej dla gospodarki Polski, podkreślenie roli, jaką osoby starsze odgrywają w życiu zawodowym i społecznym, inicjowanie i prowadzenie współpracy samorządów, organizacji pozarządowych, przedsiębiorców, kampanii społecznych programów, a także akcji promujących pozytywny wizerunek starzenia się oraz starości, w tym także między-

pokoleniową wymianę myśli, dóbr i usług oraz informowanie młodego pokolenia o naturalnych procesach starości, potrzebach występujących na tym etapie życia.

Tyle w telegraficznym skrócie o dostarczonych państwu materiałach. Dużo tu suchych liczb, statystyk, ale pozostałe informacje znajdą państwo w tym obszernym dokumencie. To jest materiał, z którego można korzystać, z którego i my korzystaliśmy, podejmując działania w 2017 r. i kontynuując je w 2018 r.. Wierzymy, że w zdecydowany sposób poprawią one sytuację osób starszych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze, za przedstawienie informacji. Otwieram dyskusję. Proszę osoby, które chcą zabrać głos, o zgłaszanie się. Pan przewodniczący, bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Dobry wieczór. Szanowni państwo, to już trzecia coroczna informacja, która jest przedstawiana przez Radę Ministrów w związku ustawą o osobach starszych z 2015 r. Jak państwo wiedzą, była to inicjatywa legislacyjna naszej Komisji w poprzedniej kadencji. Powiem szczerze, zresztą wiedzą o tym państwo, skorzystaliśmy z wzorców, które były wypracowane w Niemczech, m.in. w Bundestagu, gdzie również jest Komisja do spraw Seniorów. Tam raport jest corocznie przedstawiany przez wyspecjalizowaną instytucję Centrum Badań nad Starością. To swoisty think-tank rządu federalnego zajmujący się gerontologią.

Myślę, że omawiany dziś materiał jest bardzo ważnym kompendium wiedzy o sytuacji osób starszych w naszym kraju. Jeżeli miałbym sobie pomarzyć, jakie jeszcze elementy byłyby dla nas przydatne w tej informacji, to chciałbym zwrócić przede wszystkim uwagę na to, że w opracowaniu niemieckim jest część stała, co roku poświęcona innym obszarom. Wskazaliśmy w ustawie o osobach starszych, jakie obszary powinny być przedmiotem stałego monitorowania sytuacji osób starszych, i byłoby dobrze, gdyby nasza informacja roczna była uzupełniana o element, który jest wynikiem szczególnych badań. Jednego roku byłoby to mieszkalnictwo czy dostępność, innym razem zdrowie publiczne czy rozwój telemedycyny. Warto by było również przeprowadzać w tych zakresach badania, żebyśmy znali podejście i ocenę osób starszych w badanych aspektach.

Chciałbym zadać pytanie w związku z danymi o oddziałach geriatrycznych przytoczonymi przez pana ministra. Rzeczywiście został odnotowany ich wzrost z 54 do 63. Pytanie: Czy ustawa o sieci szpitali wpłynęła na funkcjonowanie tych oddziałów? W szczególności myślę o szpitalach miejskich i wojewódzkich i nie chodzi mi o szpitale uniwersyteckie, które są pod nadzorem ministra zdrowia.

Oczywiście stałym elementem, o którym mówiłem, jest kwestia Narodowego Planu Alzheimerowskiego, to jest taka niekończąca się opowieść, o którą zawsze warto wnioskować. Dane, które zostały potwierdzone w raportach NIK – blisko 470 tys. osób chorych na choroby otępienne, w tym na alzheimera – to jest absolutnie wyzwanie, na które powinno się zareagować połączeniem opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. To jest też konieczność zapewnienia spójności działań i wsparcia tak pacjentów, jak opiekunów.

No i rzecz, której mi troszkę brakuje. Powiem szczerze, jestem nieco rozczarowany. Inicjatywą naszej Komisji, którą wspieraliśmy, było od początku powołanie Narodowego Instytutu Geriatrii. Życzyłbym sobie, żeby ten instytut, który miał się również zajmować gerontologią… Skoro nie ma takiego instytutu badawczo-rozwojowego, to być może powinien kiedyś się on znaleźć pod MRPiPS czy w ramach już istniejących instytutów. Wydaje się, że w zbyt małym stopniu korzystamy z tego Narodowego Instytutu Geriatrii. Może tyle na tym etapie.

Oczywiście bardzo dziękuję, że powstał ten materiał. Przekazałem sugestię pani przewodniczącej, że byłoby dobrze mieć to kompendium liczące 271 stron, ale z drugiej strony też by było dobrze mieć skrót dla osób może mniej zainteresowanych tą tematyką. Otrzymałyby dzięki temu ciekawe dane przekazane w sposób bardziej przystępny. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Słucham, kto jeszcze z państwa chce zabrać głos?

Głos z sali:

Wszyscy mogą mówić?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Tak, odnosząc się do informacji, którą przedstawiał pan minister. Bardzo proszę, tylko proszę się przedstawiać.

Przewodnicząca Zawierciańskiej Rady Seniorów Ewa Brewczyńska-Florczyk:

Jestem przewodniczącą Zawierciańskiej Rady Seniorów. Przejrzałam to sprawozdanie szczególnie pod jednym kątem. Od roku nasza rada seniorów próbuje zainteresować posłów jedną sprawą. Daliśmy im odpowiednie dokumenty. Żeby nie zabierać za długo czasu: w sprawozdaniu jest napisane, że zwiększyła się liczba leków, są też dane, jak dużo osób skorzystało z programu 75+, otrzymując bezpłatne leki.

Proszę państwa, jako zawierciańska rada zrobiliśmy miniaudyt stosowania wspomnianej ustawy od początku jej funkcjonowania. Zasadnicza kwestia: ustawa mówi, że recepty z literą S mogą wypisywać tylko lekarze pierwszego kontaktu i pielęgniarki pierwszego kontaktu mające uprawnienia oraz lekarze dla swoich rodzin. Lekarze specjaliści nie mają takiego prawa. Więc my, chcąc wiedzieć, jak to wygląda od podstaw, przeprowadziliśmy badanie. Osoba mająca 75 lat+, będąca u kardiologa w Katowicach czy w innej miejscowości, musi na drugi dzień, bo w tym samym dniu nie zdąży, iść do swojego lekarza pierwszego kontaktu, czekać w kolejce, zajmować mu czas. Jeżeli lekarza nie zastanie, to inny lekarz musi ją osobiście widzieć, przeglądać jej dokumenty. To wszystko opisaliśmy w piśmie do pani przewodniczącej Zwiercan. I zadaliśmy sobie jeszcze jeden trud. W sprawozdaniu napisano, że 1400 pielęgniarek jest uprawnionych do przepisywania recept z literą S. Mam odpowiedź dyrektorki szpitala, której podlega cała służba zdrowia na naszym terenie: – w Zawierciu i w całym powiecie zawierciańskim nie ma takiej pielęgniarki. Badanie to przeprowadziliśmy na początku 2018 r.

Napisaliśmy pismo do ministra Radziwiłła, bo od tamtego czasu datuje się nasza interwencja, żeby to wyjaśnić. Otrzymaliśmy odpowiedź od dyrektora Departamentu Farmacji i Polityki Lekowej, który – nie chcę być złośliwa – z seniorów 75+ zrobił lekomanów i osoby, które są narażone na wielochorobowość – pani przewodnicząca ma to wszystko – z lekarzy specjalistów zrobił niezbyt odpowiedzialnych, że nie sprawdzają, jakie leki bierze chory i piszą, co uważają. W związku z tym w piśmie, które otrzymała pani poseł Zwiercan, pytamy: Dlaczego lekarze specjaliści, którzy są wyższej klasy niż lekarze pierwszego kontaktu, nie mogą seniorowi 75+ wystawić recepty S? Pan dyrektor od polityki lekowej napisał, że to było uzgodnione z lekarzami, ze związkami, wszystko tam jest opisane. A skutek jest jeden – utrudnienia w otrzymania leku. Naprawdę zrobienie takiej ulgi, mówienie w masowym przekazie, że mamy bezpłatne recepty 75+… Nie chcę być złośliwa, ale to są leki, które kosztują 30 zł, i to już jest wyższa klasa. A w komentarzach w internecie czytałam o lekach przeciwzakrzepowych, które kosztują ponad 130 zł, a nawet 350 zł.

Wniosek, który sformułowaliśmy – żeby to zakończyć – trzeba zastanowić się nad zmianą, żeby lekarze specjaliści również mogli wypisywać recepty z literą S. Przecież każdy ma PESEL i wiadomo, ile ma lat. To pismo dałam również pani poseł Nemś z Zawiercia, żeby ją zainteresować, ponieważ nigdzie nie znalazłam informacji, gdzie szukać tych 1400 pielęgniarek, które by odciągnęły kolejki od lekarzy pierwszego kontaktu. Osoba przepisująca recepty zajęła 20 minut i 36 sekund lekarzowi, blokując tym samym przyjęcie pacjenta, który potrzebował doraźnej pomocy. Zwracamy się z prośbą o spowodowanie, żeby lekarze specjaliści też mieli prawo pisania litery S na recepcie i można by było otrzymać lek w tym samym dniu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Zanim przejdziemy do drugiej tury pytań, poproszę panów ministrów o odpowiedź na te pytania, bo pan przewodniczący będzie musiał wyjść. Potem będziemy kontynuowali dyskusję.

Sekretarz stanu MRPiPS Stanisław Szwed:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Króciutko odpowiem na pytania pana przewodniczącego. Jeśli chodzi o dołączenie do raportu wyników tych dodatkowych badań, to myślę, że możemy nawiązać kontakt z GUS, byłyby one bardziej pogłębione. Zastanowimy się, czy jest taki obszar w polityce dla osób starszych, który jest badany czy będzie badany, który moglibyśmy dołączyć do raportu.

Temat geriatrii jest poruszany w tym obszernym materiale na str. 34–35. Ja powiedziałem tylko o oddziałach – przeznaczamy na nie zdecydowanie wyższe nakłady i jak popatrzymy na finansowanie w przeciągu ostatnich lat, widać wzrost. Oczywiście to nie znaczy, że oddziałów czy poradni jest wystarczająco dużo. Problem istnieje i zapewne politykę wsparcia dla tych oddziałów trzeba kontynuować, podobnie jak w przypadku programu dotyczącego choroby Alzheimera.

Jeśli chodzi o narodowy instytut, to nie wiem, czy pan minister mnie wesprze, ale tutaj się nie odniosę. Myślę, że obecny tu pan minister Janusz Cieszyński doskonale odpowie pani z Rady Seniorów w Zawierciu na jej wątpliwości. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Poproszę pana ministra Janusza Cieszyńskiego o odpowiedź w sprawie leków 75+. Potem będziemy kontynuować pytania.

Głos z sali:

Na ten temat?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Tak. Proszę o trochę cierpliwości. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu MZ Janusz Cieszyński:

Bardzo dziękuję. Krótkie ad vocem à propos instytutu geriatrii. W ramach instytutów, które działają pod nadzorem ministra zdrowia, funkcjonuje także instytut geriatrii. Trzeba powiedzieć, że w ciągu ostatniego roku nastąpiły pewne zmiany, które dają nadzieję, że dzięki dodatkowym inwestycjom, finansowanym również ze środków Unii Europejskiej, uda się przeprowadzić pewne usprawnienia i modernizacje. Rozumiem, że idea Narodowego Instytutu Geriatrii jest znacznie szersza, prawdopodobnie bliższa koncepcji realizowanej np. w onkologii, czyli sieci, która na poziomie całego kraju będzie koordynować pewne zadania. O tym, co się dzieje teraz, mogę powiedzieć, że rzeczywiście bardzo duży, wielomilionowy program inwestycyjny… W naszej ocenie kondycja finansowa tej placówki – której rola, jak słusznie zauważa pan przewodniczący, będzie coraz bardziej istotna ze względu na zmiany demograficzne – jej kondycja w ciągu ostatniego roku systematycznie się poprawia i liczymy na to, że tak będzie również w roku 2019.

Pytanie dotyczące leków 75+. To jest bardzo dobre pytanie, ono bardzo często pada w debacie publicznej. Rozumiem państwa wątpliwości. Jest oczekiwanie, że jak już ktoś się dostał do lekarza, to w trakcie wizyty będzie mógł otrzymać receptę z tą niezwykle atrakcyjną ofertą, którą przygotował rząd Prawa i Sprawiedliwości, czyli z bezpłatnymi lekami 75+. Jak państwo wiedzą, ta lista jest stale poszerzana, pod koniec zeszłego roku, żeby sprostać powodzeniu, jakim cieszy się ten program, zwiększyliśmy jego finansowanie o dalszych 50 mln zł.

W tym piśmie, które pani otrzymała, użyliśmy chyba niezbyt dostępnego języka. Jest jednak niezwykle istotne z punktu widzenia leczenia, żeby – mając tak duże dofinansowanie danego produktu, ale nie mając pełnej koordynacji, jeżeli chodzi o reskrypcję między wieloma lekarzami – jak najlepiej wydać te pokaźne środki. Trzeba mieć przy tym świadomość, że na leki 75+ jest co roku przewidziana określona pula pieniędzy w ramach oceny skutków regulacji w danym roku. Pod koniec zeszłego roku, gdy zbliżaliśmy się do końca tej puli, udało się dodać dodatkowe pozycje i otrzymać dodatkowe finansowanie. Trzeba niezwykle ostrożnie gospodarować pieniędzmi, ponieważ to jest warunek, żeby leków wystarczyło dla wszystkich seniorów. I ze względu na to została podjęta kierunkowa decyzja w momencie wprowadzenia tej regulacji, aby to właśnie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz pierwszego kontaktu – ja wolę nazwę

lekarz rodzinny, bo ona pokazuje też, że to jest lekarz, który na co dzień jest najbliżej pacjenta – odpowiadał za przepisywanie wszystkich leków w ramach listy S.

Mam też, myślę, dobrą wiadomość, bo od 1 stycznia w ramach szerokiego programu informatyzacji systemu ochrony zdrowia oprócz możliwości realizowania recept w postaci elektronicznej w każdej aptece, weszła możliwość wystawiania elektronicznych dokumentów realizacji recepty. To polega na tym, że w momencie realizacji recepty, także papierowej, w systemie informatycznym pojawia się w czasie rzeczywistym (czyli w czasie realizowania recepty) informacja na koncie pacjenta, do którego docelowo będzie miał dostęp również lekarz. W naszej ocenie jest to wstęp do tego, że – jeżeli zostanie usunięta ta podstawowa bariera, czyli potencjalny brak informacji pomiędzy różnymi lekarzami, którzy wypisują leki – dzięki temu systemowi informatycznemu będziemy w stanie otworzyć się na takie propozycje, jakie państwo formułują w zakresie listy S. Od 1 stycznia ten system przetwarza dziennie około 2,5 mln operacji. Po dwóch tygodniach jego działania analizujemy, jakie są efekty, jakie wyniki, czy mamy komplet informacji, czy wszystkie dokumenty są wystawione zgodnie ze wszystkimi wymogami. Widzimy jeszcze pewne niedociągnięcia i dlatego, kierując się bardzo dużą starannością w wydatkowaniu środków publicznych w ochronie zdrowia i zasadą dobrej gospodarności (bo jak państwo wiedzą, zawsze są to środki, które jeżeli trafią w jedno miejsce, to może ich zabraknąć w innym), czekamy na pierwsze wyniki wdrożenia elektronicznych dokumentów realizacji. To jest kwestia bardziej miesięcy niż lat i w momencie gdy będziemy mieli te informacje, będziemy znacznie lepiej przygotowani do tego, żeby w bezpieczny dla systemu sposób i z pełną odpowiedzialnością wobec państwa jako ubezpieczonych, rozszerzyć możliwość wystawiania recept S także na lekarzy specjalistów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Kontynuujemy dyskusje i pytania. Bardzo proszę, może pani, potem pan.

Przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Anna Chabiera:

Dzień dobry. Anna Chabiera z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Ja również chciałam docenić materiał, który przedstawili państwo w informacji o sytuacji osób starszych, jako bardzo potężne kompendium wiedzy. Ale chcę wrócić też do pytania, które skierował swego czasu rzecznik praw obywatelskich do ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. Pytał on wówczas, czy można poszerzyć informację o kwestię przemocy wobec osób starszych. Ustawa o osobach starszych nie mówi, jak wygląda sytuacja osób starszych doświadczających przemocy zarówno zewnętrznej, jak i w miejscu zamieszkania. To jest jedno pytanie.

Drugie dotyczy szerszych badań, o czym mówił pan poseł Szczerba. pytając o dodatkowe analizy. Czy państwo rozważają i w jakim zakresie – być może są już one realizowane – analizy dotyczące tego, jak powinna wzrosnąć podaż usług wsparcia w miejscu zamieszkania, zwłaszcza w kontekście liczby osób potrzebujących wsparcia, które go nie otrzymały, bo nie miały do kogo zwrócić się o pomoc. Pan minister podał odpowiednie liczby, stwierdzając, że jest wiele gmin, które nie korzystają z programów rządowych. Jak to będzie wyglądało w kolejnych pięciu, 10, 15 lat? Wiem, że jest nowa polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r., ale wydaje mi się, że są bardziej szczegółowe analizy, ale ja ich jeszcze nie widziałam. Poproszę o informację. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę pana.

Przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Chciałbym, panie ministrze, pani przewodnicząca, nawiązać również do słów przewodniczącego, pana posła Szczerby, na temat polskiego planu alzheimerowskiego w kontekście raportu. Przedstawia on bardzo pozytywną informację, to jest strona 32., tabela 22., że wzrastają wydatki m.in. na choroby demencyjne, w tym na chorobę Alzheimera i choroby otępienne. Jeśli te wydatki będą rosły z roku na rok, to moim zdaniem, jednak

powinniśmy się zdecydować na ogólny plan alzheimerowski, żeby niejako w jednej ręce, w jednym dokumencie skupić pewne działania, które trzeba podjąć.

Druga sprawa z raportu, która budzi mój niepokój. Chodzi o poziom kształcenia i szkoleń osób w wieku 55–74 lata. Polska jest na poziomie 1%, a najwyższy wskaźnik wynosi 18%. Mówię o tym również dlatego, że w przypadku chorób demencyjnych bardzo ważny jest proces kolejnego kształcenia, kolejnych szkoleń, bo to przedłuża sprawność umysłową tych osób.

Budzi również niepokój kolejne zestawienie na temat umiejętności cyfrowych. Polska jest na poziomie 8%, średnia europejska wynosi 25%, niektóre państwa osiągają dużo więcej. Uważam, że jest to bardzo duży problem. Jakie są konkluzje na temat poprawienia tych wskaźników, jakie drogi, żeby sytuacja się poprawiła?

Ostatni komentarz na temat sytuacji epidemiologicznej. Przeczytałem, że planuje się badania w zakresie zaburzeń funkcji chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, i bardzo dobrze. Moje pytanie – kiedy będą uruchomione te badania? Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu. Kto z państwa? Bardzo proszę.

Przedstawicielka Branżowej Komisji Dialogu ds. Osób Starszych i Kombatantów Renata Ekielska-Rudeńska:

Dobry wieczór. Renata Ekielska-Rudeńska, Komisja Dialogu ds. Osób Starszych i Kombatantów. Mam wrażenie, że raport, który leży przed nami, jednak jest nie w pełni aktualny. Nie zauważyłam w nim ogłoszonych w grudniu wyników badań GUS. Na stronie GUS jest dużo więcej informacji na temat stanu zdrowia seniorów.

Brakuje również informacji o tym, jaki wpływ ma ministerstwo na tworzenie w mniejszych miejscowościach polityki senioralnej. Często, jak zauważam, dołącza się do niej podopiecznych MOPR, a MOPR jest wyłącznie dla osób, które korzystają z pomocy finansowej. Senior to jest jednak troszeczkę większy zakres.

Trzecia sprawa, która bardzo mnie ubodła i wielokrotnie ją zgłaszałam, to możliwość pracy, zawodowej pracy osób starszych. Większość firm czy uczelni redukuje osoby, które uzyskają prawo do emerytury. Redukują jest to, owszem, przykre określenie, ale oddające istotę rzeczy: senior nie ma możliwości pracy, nawet w mniejszym zakresie czasowym. Nie ma też informacji o tym, jak dużo osób starszych pracuje, co można zrobić, żeby senior nie odchodził do domu, bo nie każdy lubi siedzieć wyłącznie w czterech ścianach mieszkania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa jeszcze chce zadać pytanie? Bardzo proszę.

Prezes Bemowskiego Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych i członek RS Bemowo Jan Siedlecki:

Jan Siedlecki, Rada Seniorów dzielnicy Warszawa Bemowo i prezes Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych. Właśnie w tej kwestii chciałbym zadać pytanie. Studiowałem w internecie te materiały. Bardzo mało poświęcono w nich miejsca osobom starszym niepełnosprawnym. Jest napisane, że stanowią tyle i tyle procent ogółu seniorów. Ale ich sytuacja jest troszeczkę inna niż osób sprawnych. Mówię na przykładzie Warszawy, Bemowa. Większość tych ludzi jest uwięziona w domach, nie mają możliwości dostania się do lekarza ze względu na opieszałość w usuwaniu barier architektonicznych, a wezwać lekarza z przychodni do takiej osoby to naprawdę jest ciężko. Ja mam na Bemowie stowarzyszenie, w którym jest 30 osób starszych niepełnosprawnych, z tego 25 osób od kilku lat jest uwięzionych w domach. Naprawdę bardzo ciężko o kontakt z lekarzem, bo się uważa, że nie ma już jak pomóc tam osobom.

Wiadomo, że tych osób będzie przybywało, daj Boże, żeby jak najmniej. Nie jest tak pięknie, że posiadamy te pieniądze. Ja sam jestem niepełnosprawny od wielu, wielu lat, mój dochód to 1100 zł i z tego muszę leki i wszystko opłacać. Większość „moich” ludzi ma takie warunki. Wyobrażam sobie, w jakiej sytuacji są osoby niepełnosprawne starsze w małych miastach, na wsiach. Ta grupa ludzi jest naprawdę w bardzo ciężkiej sytuacji. Rozumiem, że nie od razu wszystko się zrobi, ale chciałbym, żeby państwo zwrócili

uwagę na sektor ludzi starszych niepełnosprawnych. Ich sytuacja jest naprawdę bardzo ciężka. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos? Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, Stowarzyszenie Polskie Radio Obywatelskie; do tej pory tego nie uwypuklałem, ale również wiceprezes Łódzkiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych. Chciałbym powiedzieć dwa słowa na temat leków 75+. Na pewno pani przewodnicząca i Wysoka Komisja pamiętają, że mniej więcej dwa lata temu wywoływałem ten temat. Była dość duża dyskusja. Przeanalizowaliśmy to w rozmowach z lekarzami pierwszego kontaktu, ze zrzeszonymi u nas lekarzami specjalistami i gwoli sprawiedliwości muszę jednak przyznać pewną rację stronie rządowej. Okazuje się, że lekarze przyznają, że przepisywanie recept jest troszeczkę dla nich uciążliwe, niemniej, jak dodają, w wielu przypadkach robi się to niejako zbiorowo i pacjent często nie musi w ogóle rozmawiać z lekarzem pierwszego kontaktu. A niestety, czasami starsi ludzie nie udzielają dokładnej informacji, jakie leki przyjmują. Lekarz specjalista, nie wiedząc o tym, może przepisać specyfik, który będzie wchodził w interakcje z innymi lekami. Ten medal ma dwie strony. Trochę to się jednak kłóci, panie ministrze, z tym, że lekarz specjalista może wypisać leki płatne. Widzimy brak konsekwencji.

Wszyscy mamy nadzieję, rozumiejąc argumenty pana ministra, które są niejako oczywiste, że e-recepta i dostęp do konta pacjenta rozwiąże ten problem. Osoby starsze już nie będą wędrowały od specjalisty do lekarza pierwszego kontaktu, co jednak jest strasznie uciążliwe.

Jeżeli chodzi o osoby niepełnosprawne, nasza organizacja wspiera je, prowadzimy „Sieć życia”, resort polityki społecznej wspiera od wielu lat te działania i właśnie dla takich osób niepełnosprawnych, przykutych do łóżka w domu dzięki pomocy rządowej robimy to bezpłatnie. Gdy w razie zasłabnięcia senior nie jest w stanie zadzwonić i powiedzieć, co gdzie komu się dzieje, przyciska jeden przycisk i uruchamia automatycznie natychmiastowe wezwanie pomocy.

Trzeba pamiętać, że jest jeszcze – tu zachęcam pana do kontaktu z zespołem ds. osób niepełnosprawnych – międzyresortowy zespół i tam właśnie mówi się o osobach niepełnosprawnych i o ich trudnościach. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani Zofia. Bardzo proszę.

Opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera Zofia Prasał:

Zofia Prasał, opiekuję się osobami z chorobą Alzheimera. Szanowny panie przewodniczący, dziękuję za zaproszenie i możliwość zabrania głosu. Szanowni państwo, krótko. Czytam w informacji, że systematycznie wzrasta liczba usług opiekuńczych oraz kwota świadczeń przeznaczonych na ten cel. Nie potrafię sobie odpowiedzieć, czy zmniejszyła się liczba gmin, które w ogóle nie świadczą usług opiekuńczych, a ta część informacji o sytuacji osób starszych bardzo mnie interesuje. Nie mogłam tego policzyć, ponieważ trzy województwa nie podały, ile gmin nie świadczy tych usług.

Pytanie: Czy jest możliwe, aby spowodować, żeby w następnej edycji jednak wszystkie urzędy wojewódzkie podały taką liczbę? To jest tym bardziej ważne – i tutaj dziękuję za program Opieka 75+, który ma dla mnie duże znaczenie – że dobrze by było wiedzieć za rok, czy ten program wzbudza zainteresowanie gmin, chcących zwiększyć liczbę świadczonych usług, czy bardziej zachęca, aby się podjęły tego działania właśnie te gminy, które tego nie robią. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę.

Przewodnicząca Zawierciańskiej RS Ewa Brewczyńska-Florczyk:

Dwa zdania do pana ministra. Mam wrażenie, jakby pan minister uważał, że wszyscy 75+ zostali dotknięci demencją starczą. Chcę powiedzieć, że mam uprawnienia audytora certyfikującego i jeżeli pan minister ma słabe rozeznanie, jak funkcjonuje ta ustawa, za darmo przeprowadzę audyt grupy ludzi i przedstawimy panu dokładnie, co się dzieje z ustawą 75+, jakie są jej słabe strony, przeprowadzimy analizę SWOT. Panie ministrze, w związku z tym, co pan odpowiedział, zwracam się z prośbą do pani przewodniczącej, żebyśmy tę odpowiedź otrzymali na piśmie. Nie chcę ubliżyć, ale mało kto mógł zrozumieć, o czym pan mówił. Jeśli chodzi o recepty elektroniczne, weszliście dopiero na pierwszy stopień schodów, panuje totalny bałagan, lekarze nie są przygotowani. Ja siedzę w służbie zdrowia, audytowałam ją, więc proszę nie robić… Jeżeli chcemy pomóc i dajemy panu informację… A pan mi mówi o receptach elektronicznych, które będą korygować. Proszę się zastanowić, panie ministrze, nad szacunkiem dla ludzi 75+. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję. Rozumiem, że od razu chce pan minister odpowiedzieć. Proszę, panie ministrze, tylko na to jedno pytanie.

Podsekretarz stanu MZ Janusz Cieszyński:

Bardzo przepraszam za to, że zostałem źle zrozumiany. Może tym razem uda mi się to wytłumaczyć bardziej precyzyjnie. To, co chciałem przekazać Wysokiej Komisji i pani w szczególności, dotyczyło nie tylko recept w postaci elektronicznej. Mówiłem, że ten system obsługuje 2,5 mln operacji każdego dnia, ale oczywiście ma pani rację, że elektroniczne recepty obecnie na taką skalę nie funkcjonują. Ja mówiłem o elektronicznych dokumentach realizacji recepty, czyli dokumentach, które są wystawiane po realizacji każdej recepty, łącznie z papierową. To jest niezwykle istotne, ponieważ to nie wymaga ani od pacjenta, ani od lekarza przechodzenia na recepty w postaci elektronicznej, żeby lekarz mógł zobaczyć, jakie leki wykupił pacjent. Na tym polega ta zmiana, że każda recepta, łącznie z papierową, generuje do systemu w momencie realizacji odpowiednie informacje i ona jest zapisywana, i widoczna dla lekarza, który ma dostęp do tych informacji. W żadnym wypadku nie ma mowy o tym, że naszą reakcją na pani propozycje jest powiedzenie, że rozwiązaniem będzie recepta w postaci elektronicznej. Nie taka była moja intencja.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Czy jeszcze ktoś chce zadać pytanie? Nie widzę. Panie ministrze, panowie ministrowie, jeszcze ja się odniosę do informacji o osobach starszych. Chcę serdecznie podziękować za pracę zarówno pracowników ministerstw, jak i innych podmiotów biorących udział w przygotowaniu omawianego dziś dokumentu. Nie mam wątpliwości, że jest on przygotowany z należytą troską i starannością i może się przysłużyć efektywnemu prowadzeniu polityki senioralnej w naszym kraju. Na słowa uznania w moim przekonaniu zasługuje to, że dokument daje nam nie tylko obraz tego, jak wygląda rzeczywista sytuacja seniorów w Polsce, jak oni sami ją oceniają, ale również wszechstronny charakter tego opracowania, w którym są wskazane konkretne treści, działania i programy realizowane przez różne resorty. Możemy z niego korzystać nie tylko my, politycy, ale również, proponując kolejne rozwiązania, seniorzy. Oferuje się im różne formy pomocy i w tym dokumencie mogą znaleźć ich pełną listę. Równie ważną częścią tego dokumentu są opisane działania na szczeblu regionalnym.

Zgadzam się z przewodniczącym Michałem Szczerbą, że niestety, mimo że ta część stanowi prawie dwie trzecie informacji i zawarte są w niej ważne dane, przez brak jednego schematu trudno jest je ze sobą porównać czy zestawić. Trudno jest określić poziom czy różnice prowadzonej polityki społecznej wobec osób starszych w każdym województwie, nie mając ujednoliconego obrazu. Jak rozumiem, jest to wynikiem różnorodności informacji nadsyłanych z regionów. Ufam jednak, że w związku z zapowiedziami z ostatniego spotkania Rady ds. Polityki Senioralnej, w informacji za rok 2018 będzie wypracowany konkretny zakres danych pozwalający na łatwe odniesienie się do informacji z poprzednich lat czy innych województw.

Niemniej jeszcze raz dziękuję za włożoną w przygotowanie tego dokumentu bez wątpienia ciężką pracę. Możemy zobaczyć i ocenić, co udało się, a czego nie udało się zrobić, ustalić dalsze priorytety, pamiętając, że polityka senioralna ma charakter długofalowy i niestety, skutki dużej części zapoczątkowanych dziś zmian będą widoczne dopiero w przyszłych latach. Dziękuję. Jeszcze pani przewodnicząca Krystyna Wróblewska.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panowie ministrowie, zaproszeni goście, ja również chcę bardzo serdecznie podziękować za ten dokument i za to, że polityka senioralna tego rządu jest naprawdę na wysokim poziomie. Szanowni państwo, jako parlamentarzyści jeździmy po swoich okręgach, tutaj muszę podkreślić, że systematycznie w każdym miesiącu otwieramy dzienne domy pobytu. I za to bardzo serdecznie dziękuję, bo idzie na to bardzo dużo pieniędzy. Chciałam podziękować naszym samorządowcom.

Reprezentuję woj. podkarpackie i muszę powiedzieć, że z regionalnego programu operacyjnego przeznaczone są bardzo duże środki, jak również z programów rządowych na realizację zadań idą bardzo duże sumy na dzienne domy pobytu czy domy pomocy społecznej. Widać, że osoby starsze mocno się interesują pobytami w tych placówkach. Te domy są nowoczesne, bardzo dobrze wyposażone, są tam lekarze, lekarze rehabilitacji, naprawdę polityka senioralna w Polsce zaczyna wyglądać coraz lepiej. Na pewno, panie ministrze, chciałoby się więcej. I o to prosimy.

O co bym prosiła pana ministra? Żeby mobilizować samorządy do działania. Bo niektóre bardzo dobrze realizują politykę senioralną, zresztą raport NIK pokazywał wzorcowe samorządy, ale są i takie, które tego nie robią. Dlatego warto by było monitorować prace poszczególnych samorządów. Taka jest też rola ministerstwa, rola nadzorcza, żeby mobilizować poszczególnych wójtów, burmistrzów czy prezydentów miast do właściwej polityki senioralnej. Bo jeżeli jeden samorząd może dobrze realizować politykę, to dlaczego drugi ma takie zaległości. Warto zwrócić na to uwagę. Jeszcze raz dziękuję.

Myślę, że program Dostępność+ będzie realizowany, wyniki polityki rządu będą widoczna za parę lat, bo tego się nie da od razu zrobić. Ale jeżeli systematycznie co roku będą przeznaczane określone sumy pieniędzy, to myślę, że może seniorzy zejdą z tych wysokich pięter. Może warto by było też robić zamianę mieszkań, żeby partery były bardziej dostępne. Myślę, że trzeba by wspomóc samorządy. Jest coraz lepiej i jestem przekonana, że przy takim działaniu będzie naprawdę dobrze. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Teraz poproszę pana ministra o odpowiedzi na zadane pytania.

Sekretarz stanu MRPiPS Stanisław Szwed:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, bardzo dziękuję za wszystkie uwagi i pytania, które skierowali państwo do nas. To pokazuje, że materiał jest wartościowy i warto o nim dyskutować.

Może zacznę od końca, od pani przewodniczącej Wróblewskiej. Bardzo ważna jest, co pani podkreśliła, współpraca z samorządami. Oczywiście tworzymy politykę, ale w samorządzie jest realna możliwość wspierania, ważną rolę odgrywają też rady seniorów i tam, gdzie rady seniorów są aktywne, również polityka na poziomie samorządów jest zdecydowanie lepsza. Nie został ujęty tym materiale, bo dotyczył on roku 2017, bardzo dobry programu Opieka 75+. W tej chwili rozszerzamy go do miejscowości do 60 tys. mieszkańców, rozszerzamy również zakres działania: będą mogły z niego korzystać nie tylko osoby samotne, ale również te, które mieszkają z rodzinami. Oczywiście trzeba go uzupełniać, trzeba pozyskiwać wyższe środki na ten program, bo on się dobrze przyjmuje. Tutaj rola samorządów jest bardzo ważna. Wspomniała też pani przewodnicząca o programie Dostępność+, to jest również proces, to są też określone środki.

Co do samej informacji, to co roku jest problem wyboru; osoby, które uczestniczą w pracach nad tym projektem, zawsze odczuwają pewien niedosyt. Gdybyśmy przyjęli państwa propozycje zgłoszone podczas dzisiejszej dyskusji, to raport by liczył nie 160, ale 300 stron. To nie jest prosta sprawa; kto się tym zajmuje, wie, że trzeba te informacje pozbierać, a nie wszyscy je chętnie przekazują, nawet jeśli są zobowiązani do tego usta-

wowo, później trzeba je opracować. Bardzo dziękuję pani dyrektor Ułanowskiej, która pracując w 10-osobowym składzie w naszym Departamencie Polityki Senioralnej, musi zarządzać całą polityką. Nie jest to, proszę mi wierzyć, łatwa sprawa. Oczywiście każdy materiał może być zawsze lepszy. Ważne, żeby wyciągać z niego wnioski, które pozwolą lepiej realizować wsparcie dla osób starszych.

Pytała pani o przemoc wobec osób starszych. Ustawa określa nam, jakie gromadzić dane. Nie mamy w niej bezpośredniego odniesienia się do przemocy wśród seniorów, ale zbadamy, czy takie dane są zbierane, czy można by to gdzieś zdobyć i otrzymać dane dotyczące całego kraju. Musimy się zastanowić, czy jest to do uchwycenia również w tym raporcie. W tej chwili trudno mi tak na gorąco odpowiedzieć. Jeżeli będzie możliwość, to oczywiście możemy dołączyć do raportu kwestię osób niepełnosprawnych.

Bardzo mocno przebijał się wątek związany za służbą zdrowia. Uczestniczyliśmy dziś z panem ministrem, który odpowiada choćby za e-recepty, w innym spotkaniu i cieszyliśmy się, że weszły w życie e-zwolnienia, choć niektórzy wróżyli, że to się absolutnie nie uda. Mamy prawie stuprocentową skuteczność i to, co nie udawało się przez wiele lat, działa. Na 100 tys. lekarzy dosłownie jeden procent osób jeszcze z tego nie korzysta. Uszczelniamy systemy również w kwestiach związanych z receptami, i to jest droga, którą musimy iść.

Poruszali też państwo problem umiejętności cyfrowych. To jest na pewno duże wyzwanie, ale trzeba iść w tym kierunku. Kiedy dzisiaj obserwujemy np. w programie ASOS, jak starsze osoby radzą sobie z internetem, z komputerem, to naprawdę serce się cieszy. Trzeba to tylko pokazać i dać możliwości. Programy, które tworzymy, zapewniają takie możliwości. Oczywiście to jest proces. Myślę, że następny raport będzie jeszcze uzupełniany, ale proszę wierzyć, nie jest łatwo to wszystko pozbierać i zamieścić.

Ten skrót prześlemy do pani przewodniczącej lub do sekretariatu, żeby łatwiej było korzystać z tego materiału. Jeszcze raz dziękuję wszystkim państwu za przychylne przyjęcie naszego raportu.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo, stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Teraz jeszcze musimy wybrać posła sprawozdawcę. Proponuję panią poseł Lidię Burzyńską. Czy pani poseł się zgadza?

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Tak.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Lidia Burzyńska będzie posłem sprawozdawcą informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017 (druk 3071).

Szanowni państwo, przechodzimy do drugiego punktu porządku dziennego posiedzenia Komisji. Poproszę panią Krystynę Wróblewską o poprowadzenie posiedzenia.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Szanowni panowie ministrowie, pani przewodnicząca, szanowni państwo, przechodzimy do drugiego punktu – informacji ministra zdrowia na temat rozwoju teleopieki w Polsce – uwarunkowania, funkcjonowanie i finansowanie. Poproszę o przedstawienie informacji wiceministra zdrowia pana Janusza Cieszyńskiego.

Podsekretarz stanu MZ Janusz Cieszyński:

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, przedstawię najważniejsze informacje na temat funkcjonującego w Polsce systemu teleopieki. Przede wszystkim chciałbym zauważyć, że Polska ma jedną z najnowocześniejszych regulacji w Europie, jeśli chodzi o możliwość funkcjonowania telemedycyny. Od 2015 r. de facto nie ma już barier prawnych, aby świadczenia finansowane przez NFZ były realizowane za pośrednictwem narzędzi informatycznych. To jest niezwykle istotne. Informatyzacja systemu zdrowia to jest jeden z priorytetów rządu pana premiera Mateusza Morawieckiego i te zapowiedzi pojawiały się już w exposé.

Trzeba mieć na uwadze fakt, że system ochrony zdrowia jest ze swojej natury oparty na dokumentacji, a co za tym idzie, był bardzo mocno zakorzeniony w rzeczywistości

papierowej, analogowej, wymagającej osobistej obecności podczas udzielania świadczenia. Stąd niezbędne było dokonanie bardzo daleko idących zmian regulacyjnych i można powiedzieć, że wraz z rozwojem technologii, wraz z wprowadzeniem nowych usług, systematycznie idą za tym nowe rozwiązania legislacyjne, ponieważ rzeczywistość bardzo często, szczególnie w obszarze technologii, zaskakuje nas i sprawia, że dotychczas funkcjonujące przepisy, jeżeli chcemy w pełni wykorzystać potencjał, który niesie ze sobą informatyzacja, wymagają po prostu korekt.

Udało się dzięki tym zmianom wdrożyć trzy pierwsze procedury, które są finansowane przez NFZ. Jest to telekonsylium kardiologiczne – obejmuje ono zdalny wywiad, analizę zapisu EKG, interpretację badań dodatkowych oraz ustalenie dalszego przebiegu leczenia; telekonsylium geriatryczne, dedykowane osobom po 65. roku życia, które obejmuje zdalny wywiad, analizę zapisu EKG i badań diagnostycznych, analizę leczenia farmakologicznego i ustalenie dalszego przebiegu leczenia; oraz telerehabilitacja hybrydowa, która daje możliwość kompleksowej opieki nad chorym po zawale serca.

Warto zauważyć, że w przypadku telerehabilitacji nie ma różnicy między świadczeniem realizowanym zdalnie i stacjonarnie. To jest optymalny model z punktu widzenia popularyzacji świadczeń telemedycznych. Nas interesuje to, żeby świadczenie było zrealizowane, a świadczeniodawcy zostawiamy wybór formy zdalnej czy stacjonarnej. Musimy jednak mieć absolutną pewność, że świadczenie jest stuprocentowo równoważne i równowartościowe bez względu na formę jego udzielania.

Dlaczego nam na tym tak zależy? Otóż telemedycyna to jest oprócz zwiększania miejsc na studiach lekarskich i pielęgniarskich, co też robimy, sposób na rozwiązywanie problemów wynikających z deficytu personelu medycznego, a także z barier fizycznych, geograficznych, wynikających z tego, że pewne świadczenia wymagają np. specjalistycznej wiedzy, która jest dostępna w kilku ośrodkach w Polsce. Jeżeli one muszą być udzielane w trybie stacjonarnym, wymagają od pacjenta dodatkowego wysiłku związanego z dojazdem. Warto zauważyć, że kraje, w których te bariery są jeszcze bardziej dotkliwe dla pacjenta, np. kraje skandynawskie, mają w koszcie świadczenia zdrowotnego…

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Szanowni państwo, bardzo proszę o spokój, ponieważ pan minister już jest słabo słyszalny. Bardzo bym prosiła, żeby wysłuchać pana ministra, a następnie będziemy zadawać pytania.

Podsekretarz stanu MZ Janusz Cieszyński:

W tych krajach jest tak, że koszt wyjazdu stanowi element świadczenia finansowanego ze środków publicznych. Obecnie w ramach poszerzania tego zakresu minister zdrowia prowadzi pracę nad dalszymi rozporządzeniami, które jeszcze bardziej zwiększą dostępność świadczeń telemedycznych. W drugim kwartale tego roku planujemy opublikowanie projektu rozporządzenia dotyczącego telenadzoru nad pacjentami z implantami kardiologicznymi, a już tym kwartale przewidujemy opublikowanie rozporządzeń, które pozwolą na zdalne opisywanie wyników badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Jednocześnie minister zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ocenę i wydanie rekomendacji w sprawie wdrożenia telemedycyny w POZ, AOS i leczeniu szpitalnym. To jest bardzo duży projekt, wymagający pogłębionych analiz, bardzo dynamicznie rozwijający się w dziedzinie medycyny, dlatego trudno jest tu podać przybliżony termin jego realizacji, ale to jest na pewno jeden z priorytetów, jeśli chodzi o zlecenia do audytu.

Oprócz tego negocjujemy pozyskanie środków z Norweskiego Mechanizmu Finansowego. W tym projekcie chcemy wypracować modele opieki w siedmiu obszarach. Są to: kardiologia, geriatria, psychiatria, położnictwo, diabetologia, opieka paliatywna oraz choroby przewlekłe. Świadczenia, które zostaną wypracowane w ramach tego konkursu, zostaną następnie przetestowane jako projekty pilotażowe w latach 2020–2024. Na realizację tego projektu chcemy pozyskać ponad 16 mln euro. To dotyczy zarówno wypracowania modeli, jak i później zrealizowania pilotaży, przy czym środki norweskie zostaną przeznaczone w drugiej fazie na zakup świadczeń w formule pilotażowej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi. Otwieram, szanowni państwo, dyskusję. Bardzo proszę, czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Przedstawicielka BRPO Anna Chabiera:

Anna Chabiera, Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Z informacji przesłanej meilem, z danych przedstawionych przez MZ, wynika, że telekonsylium geriatryczne w porównaniu z telekonsylium kardiologicznym istnieje w bardzo znikomym zakresie. Moje pytanie dotyczy tego, jak Ministerstwo Zdrowia interpretuję tę sytuację i czy planuje zmienić zakres, aby finansowanie świadczenia było bardziej dostępne, żeby było lepiej wykorzystane.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Może trzy pytania. Tam z tyłu był pan, później pani i potem pan. Proszę się przedstawiać.

Wiceprezes Fundacji „Ludzie jesieni" Jerzy Piotrowicz:

Dzień dobry państwu. Jerzy Piotrowicz, wiceprezes Fundacji „Ludzie jesieni". Proszę państwa, z ogromnym zaciekawieniem czekałem na tę część dyskusji, albowiem oczkiem w głowie naszej fundacji jest właśnie telemedycyna i opieka, jeżeli chodzi o osoby starsze i osoby ze schorzeniami demencyjnymi lub alzheimerowskimi. Nasza fundacja w tej chwili wprowadza – również dzięki pani poseł Elżbiecie Stępień, obecnej tutaj na naszym spotkaniu – w zachodniej części woj. dolnośląskiego system wspomagania ratownictwa pacjenta. Ten system jest dedykowany głównie ludziom słabszym, źle funkcjonującym, a więc niestety też seniorom. Jest to system, który pozwala uzyskać bardzo ważny atut w momencie udzielania pomocy osobie dotkniętej jakąś chorobą, lub niemogącej nawiązać kontaktu z otoczeniem z różnych przyczyn, np. z powodu demencji, alzheimera, czy zaburzenia, które tę komunikację uniemożliwia. Nasz system pomaga ratownikowi medycznemu, lekarzowi, SOR (który ma podpisaną z nami umowę na terenie Dolnego Śląska) natychmiast dowiedzieć się wszystkiego, co jest istotne z punktu widzenia ratownictwa medycznego o danym pacjencie, nawet jeżeli on jest niekomunikatywny i nie może rozmawiać. Nasze urządzenia i baza zdrowia – podkreślam, że wszystko jest prowadzone zgodnie z wymogami RODO – pozwalają mieć dostęp do danych autoryzowanych przez lekarzy rodzinnych i lekarzy pierwszego kontaktu.

Jesteśmy ogromnie zainteresowani wprowadzeniem tego programu i rozszerzeniem go jak to tylko możliwe. Niestety mimo że program funkcjonuje i ma bardzo pozytywne opinie pogotowia ratunkowego z dyspozytorni legnickiej, nasze próby spełzają na niczym, mimo że mieliśmy kontakt z byłym panem ministrem zdrowia, panem Radziwiłłem, a z obecnym panem ministrem osobiście rozmawialiśmy w Obornikach Śląskich, gdzie mieszkamy. Trochę bolejemy nad tym, że rozwiązanie, dające ratownictwu medycznemu, służbie zdrowia i osobom powołanym do ratowania rozwiązanie, które jest banalne, które nic nie kosztuje służbę zdrowia, które jest bezkonkurekcyjnie niskie cenowo dla użytkownika, nie może się przebić. Cóż z tego, że mamy spotkania, że prowadzimy rozmowy z MZ, że samorządy bardzo nam pomagają, że w części samorządów na terenie gmin i powiatów na Dolnym Śląsku program jest innowacyjny, mamy wprowadzanie, wdrażanie tego projektu.

Jeżeli spojrzą teraz państwo na mnie, króciutko pokażę i w dwóch zdaniach powiem, o co chodzi. Te dwie bransoletki mają w sobie zaszyte dane w sposób elektroniczny, które są widoczne po zbliżeniu do nich smartfona. Jeżeli ktoś z państwa zaniemoże, nie czuje się bezpiecznie – hasłem naszego systemu jest „Poczuj się bezpiecznie" – zbliżenie przez osobę ratującą smartfona do bransoletki powoduje wyświetlenie na smartfonie podstawowych danych, podkreślam, nieobjętych RODO, które informują o imieniu, nazwisku, telefonie do tej osoby, imieniu opiekuna tej osoby i telefonie, pokazują pozycję geosatelitarną i również pokazują zdjęcie tej osoby. Jeśli ktoś nie ma smartfona, tylko tradycyjny telefon, na boku bransoletki jest numer i legnickie pogotowie pyta po prostu – Czy chory ma bransoletkę? – Tak. – To proszę podać numer, pięć cyfr. Wbija u siebie w system, jeżeli ta osoba jest u nas zarejestrowana, widzi wszystko, łącznie z jej kartoteką medyczną, z podstawowymi danymi, ale także z tymi danymi, na które pacjent wyraził zgodę, widzi podpis lekarza, który go kwalifikował, jego nałogi i zażywane leki, widzi

wszczepienia, endoprotezy, stymulatory serca. To jest niezwykle istotne, bo poślijmy kogoś na rezonans magnetyczny, kto ma w sobie stal…

Uważam, że nasz system w pełni wpisuje się w ostatnie słowa tego raportu – poczuj się bezpiecznie we własnym domu. Beneficjenci naszego programu podkreślają, że to im pozwala poczuć się bezpiecznie, bo ratownik w momencie zgłoszenia, proszę państwa, nie w momencie przyjazdu do pacjenta, otrzymuje z dyspozytorni wydruk, do kogo jedzie, na jakie leki pacjent jest uczulony itd. Jego interwencja jest wtedy o wiele, wiele pełniejsza. Bardzo bym chciał, żeby państwo przychylnie przyjęli ten projekt i w najbliższym czasie mogli się spotkać w odpowiednich kołach i dyskutować, tym bardziej że, tak jak powiedziałem, jest to nasz autorski projekt. Baza, którą prowadzimy, jest objęta protokołami bezpieczeństwa, politykę RODO prowadzimy bardzo restrykcyjnie i program jest naprawdę w tej chwili wdrażany. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Chciałam się dopytać, czego by pan oczekiwał? Żeby ten program został wdrożony, tak?

Wiceprezes Fundacji „Ludzie jesieni" Jerzy Piotrowicz:

Ja bym oczekiwał, abym wraz z moją szefową fundacji panią Urszulą Kielar mógł zademonstrować nasz program komuś odpowiedzialnemu za e-medycynę, znającemu się na geriatrii, przedyskutować go, pokazać jak on działa. Potrzebne jest raptem 20 minut, żeby przybliżyć ten program. Podkreślam, jest on absolutnie bezpłatny dla służby zdrowia, pogotowia ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych. Koszty jednostkowe ponoszą samorządy i one bardzo chętnie się do tego dokładają, są to koszty na poziomie 24 zł do 48 zł rocznie. Koszty bardzo niewielkie, a budują poczucie bezpieczeństwa seniora.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie panu dziękuję, że dokładnie pan to wytłumaczył, bo początkowo nie do końca wiedziałam, o co panu chodzi. Jest to propozycja, która ratuje życie ludzkie, warto się oczywiście nad nią pochylić. Myślę, że się odniesie do tego pan minister. Jeszcze pani, proszę.

Współzałożycielka Sidly sp. z o. o. Edyta Kocyk:

Dzień dobry. Nazywam się Edyta Kocyk, jestem współzałożycielką polskiego start upu telemedycznego. Chciałam trochę się odnieść do tego, co pan powiedział. Cztery lata temu moja babcia zachorowała na demencję. Był to okres, kiedy zaczęłam myśleć o rozwiązaniu, które by umożliwiło mnie i mojej rodzinie pomoc właśnie w zdalnej opiece nad najbliższą mi osobą. Od tego czasu minęły cztery lata, wykonaliśmy naprawdę morderczą pracę, od koncepcji, przez projektowanie, produkcję, po wdrożenie na rynek. Obecnie wdrożyliśmy na rynek opaskę na nadgarstek, która wykrywa upadki, lokalizuje je, ma przycisk SOS i wiele różnych funkcjonalności, o których nie będę teraz mówiła.

Miesięcznie w systemie jest wykonywanych 220 tys. badań i tylko 20% w Polsce. Przyszłam tu dzisiaj, mimo że mam za dwa tygodnie termin porodu, bo chciałam powiedzieć, żeby i państwo, którzy starają się umożliwić rozwój telemedycyny, pracują nad standardami, zwrócili uwagę na nowatorskie rozwiązania. Żebym ja, kierując moje rozwiązanie do samorządu czy do szpitala, nie musiała go najpierw wdrożyć w szpitalu w Norwegii, aby mieć referencje i aby polski nie bał się wdrożyć naszych krajowych rozwiązań.

Druga sprawa, dla mnie bardzo istotna, to refundacja. Moje rozwiązanie ma zastosowanie w medycynie, jest pierwszą w Europie opaską certyfikowaną medycznie. Ale co z tego, skoro droga, którą musiałabym pokonać, aby opaska znalazła się w koszyku świadczeń refundowanych, spowodowałaby, że mojej firmy by już nie było. Muszę się skupiać na rynku zagranicznym, gdzie są pieniądze, gdzie jest większa świadomość klientów i konsumentów.

Mam bardzo dużo przypadków, które pokazują, jak sprawdza się produkt i jak sprawdza się system. Chciałabym, żeby i w Polsce było ukierunkowanie na polskie produkty, nie mówię tylko o moim; tutaj pan też przedstawiał polski system, żeby nie było sytuacji, że za chwilę wystartują przetargi, gdzie cena jest 100% i duże firmy sprowadzają

chińskie rozwiązania i towarzyszący im dumping obniżający cenę. Ja wtedy nie mam szans na wdrożenie u nas projektu. I co z tego, że w Polsce coś tworzę, w Polsce produkuję, w Polsce odprowadzam podatki, w Polsce zatrudniam osoby, jeśli finalnie muszę ten produkt eksportować, bo okazuje się, że warunki wdrożeniowe projektów teleopieki i telemedycyny wykluczają po prostu polskie rozwiązania.

Moje pytanie jest takie: Czy państwo przewidzieli jakiś scenariusz, żeby wypracować odpowiednie procedury czy jakościowe, czy wspierające polską gospodarkę w rozwoju w Polsce rozwiązań telemedycznych i teleopieki?

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję pani. Gratuluję, że pani tak dzielnie walczy i przede wszystkim życzę pani udanego porodu jak najszybciej, mam nadzieję, że nie zaraz po wyjściu.

Współzałożycielka Sidly sp. z o. o. Edyta Kocyk:

Tak się zestresowałam, że mam…

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Nie ma się co stresować. Muszę tu powiedzieć coś na temat pana ministra – zdolnego, młodego, który kocha informatykę i rozwiązania informatyczne. Mam nadzieję, że pan minister sprosta oczekiwaniom i wyjaśni. Panie ministrze, może pan teraz… Jeszcze pan.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Mam tylko jedno pytanie do państwa, którzy prezentowali projekty: Ile zapłaci za taką opaskę senior czy samorząd?

Pytanie do pana ministra: Na ile pan minister widzi stosowanie rozwiązań, budowanie bazy danych tylko dla budowania bazy danych w sytuacji, gdy dążymy do tego, żeby na bieżąco lekarz i zespoły ratownictwa medycznego mieli wgląd w e-konto? Tworzymy państwowe ratownictwo medyczne, odchodzimy od prywatnego.

Mam bardzo poważne wątpliwości, panie ministrze, co do urządzeń sygnalizujących upadek. Akurat jestem tym, który kilkadziesiąt lat temu wymyślił zdalne wezwanie poprzez przyciśnięcie przycisku, co zostało zaprezentowane w gmachu UNESCO w Paryżu i od tego momentu zaczęło się to rozwijać. Prowadzimy „Sieć życia”, ale dalecy jesteśmy od drogich rozwiązań, naciągających starsze osoby i samorządy. Trafiła do nas np. opaska sygnalizująca upadek, okazało się, że jak starszy człowiek sięga po coś na górnej półce i potem opuszcza rękę, opaska wysyła sygnał upadku. Czy można na takie wezwanie wysłać pogotowie? Absolutnie nie.

Lokalizacja. Wiele osób ustala lokalizację, opierając się na aplikacjach samochodowych. A przecież tam w sposób sztuczny aplikacja przesuwa punkt wizualizacji do najbliższej ulicy i to w przypadku samochodu zdaje egzamin, wiadomo, że auto nie będzie jechało po dachach czy po bocznych podwórkach. Nawet najdokładniejszy system, jakim jest GPS, potrafi przekłamać odległość o kilkaset metrów. Czyli może się zdarzyć, że człowiek zasłabnie na terenie posesji nr 5, a system lokalizacji GPS pokaże jego lokalizację po przeciwnej stronie ulicy, kilka posesji dalej. Czegoś takiego absolutnie nie można wykorzystywać do celów ratunkowych. Jeżeli występują takie przekłamania, nie można od tego uzależniać ludzkiego życia. To się może nadawać do monitoringu pracowników, nie mówiąc już o mężu czy żonie, ale nie do celów ratunkowych, zwłaszcza w terenie zabudowanym.

Nie mówię o takich rozwiązaniach, jak temperatura, opaska rzekomo mierzy temperaturę, ale w instrukcji jest napisane, że to pomiar orientacyjny. Testy pokazują, że różnica wynosi kilka stopni między temperaturą wskazywaną a rzeczywistą.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Jeszcze wiele osób jest chętnych, żeby zabrać głos, prosiłabym więc, żeby już konkludować.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Panie ministrze, nasza organizacja od lat proponuje proste, bezkosztowe rozwiązanie, które publikujemy na stronie naszego stowarzyszenia, a mianowicie „Kartę życia”, w której pacjent wpisuje imię i nazwisko, PESEL, aktualnie przyjmowane leki, o reszcie

zespół ratownictwa medycznego służby zdrowia dowiaduje się z bieżącej informacji, a nie tworzonej, uzupełnianej itd. Pytanie do pana ministra: Czy tworzenie takiej dodatkowej bazy, niejako prywatnej służby zdrowia, ma sens i czy warto na to wydawać tak duże pieniądze?

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo dziękuję państwu. Teraz oddam głos panu ministrowi. Później przejdziemy do następnej rundy pytań.

Podsekretarz stanu MZ Janusz Cieszyński:

Bardzo dziękuję za wszystkie pytania. Zacznę od pytania przedstawicielki RPO. Rzeczywiście są różnice pomiędzy kwotami, które przeznaczamy na poszczególne rodzaje procedur. Ale gdyby pani zwróciła uwagę na szczegóły widoczne w tej tabeli, to tam jest wskazane, że trochę to jest pochodne tego, o czym mówiłem: w przypadku rehabilitacji kardiologicznej nie ma rozróżnienia między formą zdalną i stacjonarną, te dwie procedury są pokazywane w postaci zagregowanej. To znaczy, mamy i stacjonarną, i zdalną, ale NFZ nie zbiera informacji o tym, jakie było miejsce świadczenia, czy u świadczeniodawcy, czy właśnie zdalnie. Dlatego te informacje nie są porównywalne jeden do jednego.

Jeżeli chodzi o procedury telemedyczne, to chcielibyśmy zwiększyć zainteresowanie nimi, stąd m.in. program pilotażowy ze środków norweskich, w którym chcemy wypracowywać i testować nowe możliwości. To jest zawsze pewne wyzwanie dla systemu, gdyż musimy pogodzić trzy rzeczy: wysoką jakość opieki, wysoką jakość świadczeń oraz atrakcyjną dla świadczeniodawcy cenę tego świadczenia. Tylko wtedy te konkursy będą się rozstrzygały i rzeczywiście będziemy w stanie zakupić świadczenia. Jesteśmy otwarci na usługi telemedyczne, myślę, że najwięcej możemy sobie obiecywać po telediagnostyce i zdalnym opisywaniu wyników badań. To są modele, które bardzo dobrze już funkcjonują poza Polską i może nie są one takie innowacyjne, ale mogą być niezwykle praktyczne z punktu widzenia organizacji systemu. Do świadczeń telemedycznych musimy coraz bardziej przekonywać pacjentów, świadczeniodawców, pokazywać korzyści i liczymy, że to się uda w najbliższych latach, m.in. właśnie dzięki programowi rozwojowemu, który zamierzamy współfinansować ze środków norweskich.

Pani i pan zaprezentowali swoje propozycje. Ministerstwo jako ministerstwo nie zakupuje żadnych rozwiązań. Oczywiście to jest zawsze budujące widzieć, że powstają polskie firmy, które oferują nowe rozwiązania. Z naszego punktu widzenia to jest bardzo dobrze, gdy w Polsce rozwijają się nowoczesne technologie. Jeżeli chodzi o proces refundacji, to warto pamiętać, że w bierzemy pod uwagę nie tylko cenę, ale też jakość i w szczególności wpływ na polską gospodarkę. Tu oczywiście nie sposób się wypowiadać na temat poszczególnych procesów związanych z refundacją jakichkolwiek wyrobów, ale trzeba powiedzieć, że obiektywne reguły, którymi się kieruje proces refundacyjny, to nie jest wyłącznie cena.

Bardzo bym chciał, żeby unikać podczas posiedzeń Komisji w Sejmie oceniania konkretnych rozwiązań, bo też nie ma za bardzo możliwości zapoznania się z nimi. Jestem pełen podziwu, że państwo pracują nad takimi rozwiązaniami. Oczywiście zapraszamy do ministerstwa – myślę, że w imieniu NFZ też mogę wystosować takie zaproszenie – żebyśmy widzieli te nowinki, poznali rozwiązania i myśleli też o tym w kontekście zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych z wykorzystaniem tych nowoczesnych technologii.

Co do budowania zasobów danych w różnych miejscach. Zachęcamy do tego, żeby jednak było to rozwiązanie centralne. Ale niewątpliwie też jest tak, że obecnie, jeżeli chodzi o najważniejsze elementy systemu centralnego, czyli wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej i zdarzenia medyczne, to jeszcze system nie jest w pełni funkcjonalny. To są rzeczy, które chcemy wdrożyć w roku 2020. Oczywiście nie zabraniamy nikomu korzystać z systemów funkcjonujących w modelu odpłatnym czy bezpłatnym. Jest to już jak najbardziej indywidualna decyzja pacjenta. W przyszłości, kiedy będzie funkcjonował system centralny, oczywiście będziemy zachęcali, żeby takie funkcjonalności były z nim zintegrowane. Co więcej, chcemy wdrożyć taki rodzaj elektronicznej dokumentacji medycznej jak *patient summary*, który zawiera najważniejsze informacje na temat

pacjenta i który jest jednym z niewielu, poza np. elektroniczną receptą, ogólnoeuropejskich formatów elektronicznej dokumentacji medycznej. Pozwoli to na jej wykorzystanie nie tylko w polskim systemie ochrony zdrowia, ale także za granicą. Można sobie łatwo wyobrazić sytuację, że wyjeżdżamy za granicę i elektroniczna informacja zawierająca podstawowe dane o naszym zdrowiu podąża za nami w systemie elektronicznym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Szanowni państwo, kto jeszcze chce zabrać głos? Pan się zgłaszał, pan jeszcze chciał odpowiedzieć i pan. Trzy osoby. Bardzo proszę o merytoryczne wypowiedzi dotyczące informacji. Bardzo proszę

Przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Pani przewodnicząca, panie ministrze, chciałbym się odnieść do telekonsylium geriatrycznego. Wśród osób 65+, u których mogą występować przypadki demencji, w ramach telekonsylium geriatrycznego jest przeprowadzany wywiad; gdyby jednocześnie można było przeprowadzić wywiad nakierowany na problemy demencyjne, to byłoby bardzo dobrze. Czy jest możliwe, żeby ta procedura obejmowała dodatkowo i ten wywiad?

Chciałbym się również odnieść do finansowania. Pani mówiła, że w 2017 r. na geriatrię było 213 zł, jeżeli chodzi o kontraktację, w 2018 r. na kardiologię 37,5 tys. zł. Nie wiadomo jeszcze, jakie jest wykonanie. Skąd taka duża różnica? Pan już tłumaczył, że kardiologia jest nieporównywalna, niemniej w liczbach bezwzględnych jest bardzo duża różnica. Czy plany geriatrii w przyszłych latach mają szansę na jakąś diametralną zmianę? Jeśli mamy na kardiologię 75,5 mln zł, to geriatria w tym momencie stanowi pół procenta, czyli coś tutaj nie zagrało.

Jeszcze o funduszach norweskich. Wśród tych siedmiu modeli procedur nie widzę chorób otępiennych. Chciałbym poprosić o komentarz w tej sprawie.

Na pewno pozytywnie należy się odnieść – w ramach procedur norweskich – do przewidzianego przez państwa szkolenia i kampanii społecznych, bo na pewno bez kampanii i bez szkolenia te sprawy ciężko będzie uruchomić. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Teraz pan? Bardzo proszę.

Przedstawiciel Biura Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża Krzysztof Bochnak:

Krzysztof Bochnak, Biuro Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża. Ze względów zdrowotnych nie mógł dzisiaj przyjść prezes Stowarzyszenia Europejskiego Instytutu Rozwoju Regionalnego. Chciałbym więc trochę powiedzieć na temat teleopieki realizowanej właśnie przez to stowarzyszenie.

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, dużo dobrego dzieje się w Polsce w teleopiece. Wybrzmiała dzisiaj potrzeba, żeby skoordynować te działania. Są już wypracowywane pewne dobre praktyki i one by wymagały pochylenia się nad nimi. Wspomniany przeze mnie Instytut Rozwoju Regionalnego w Suchej Beskidzkiej jest partnerem w dużym projekcie realizowanym w Małopolsce, który nosi nazwę „Małopolski teleanioł". Ten projekt jest skierowany do 10 tysięcy niesamodzielnych mieszkańców Małopolski, którzy ze względu na wiek, stan zdrowia czy też niepełnosprawność wymagają opieki lub pomocy. Telecentrum mieści się w Suchej Beskidzkiej.

Projekt „Małopolski teleanioł" (finansowany z funduszy unijnych) będzie trwał do 31 stycznia 2021 r. Wiadomo, jakie są minusy programów unijnych, kończy się finansowanie, kończy się inicjatywa. Już dzisiaj widzimy, że trudno będzie powiedzieć ludziom, że niestety, kończymy naszą współpracę. Potrzeby są duże. Wśród podopiecznych teleanioła najwięcej osób – to informacja zwłaszcza dla pana ministra – zmaga się z nadciśnieniem, miażdżycą, cukrzycą, zwyrodnieniem stawów kończyn dolnych oraz kręgosłupa. Dochodzi jeszcze duża grupa osób leczonych kardiologicznie, z rozrusznikami serca; była kolizja w funkcjonowaniu tych opasek życia, ale nie chcę tutaj mówić o szczegółach.

Panie ministrze, czy ministerstwo ma w planach przeznaczyć środki na kontynuację tego typu przedsięwzięć? Oczywiście przy współpracy z samorządami ta praca w Małopolsce układa się bardzo dobrze, bo na 182 gminy ponad 92 wójtów i burmistrzów odpowiedziało pozytywnie na propozycję współpracy. Brakuje jeszcze dokładnego informacyjnego przekazu. To są te doświadczenia, które wypracowujemy.

Dzisiaj trzeba się już zastanowić, żeby przewidzieć środki na kontynuowanie tego typu prac. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Ostatnia już wypowiedź. Bardzo proszę pana.

Wiceprezes Fundacji „Ludzie jesieni" Jerzy Piotrowicz:

Chciałem się tylko bardzo króciutko ustosunkować do tego, co powiedział pan ze stowarzyszenia ratowników, przepraszam, jeśli przekręciłem nazwę. Proszę państwa, GPS nie mylą się o kilkaset metrów, są to tzw. błędy triangulacyjne wynosząc 5–6 metrów, więc trochę mnie ta pana wypowiedź zaskoczyła. Proszę mi wierzyć, jestem specjalistą z tego zakresu.

Druga rzecz. Jeżeli chodzi o kartkę, którą pan proponuje, z wypisanymi przez pacjenta danymi, to jest pomysł bardzo dobry, funkcjonujący od dawien dawna pod nazwą „Pudełko życia". Zalecało się tę kartkę i to „Pudełko życia" trzymać w lodówce, ale oczywiście można je trzymać również przy sobie. Nie wyobrażam sobie dwóch rzeczy. Nie wyobrażam sobie ratownika, który obszukuje pacjenta, żeby znaleźć tę kartkę. I nie wyobrażam sobie również ratownika medycznego, pielęgniarki czy lekarza, który na podstawie danych spisanych przez niezidentyfikowanego pacjenta udziela mu pomocy medycznej, wstrzykując lek. To się nie powinno zdarzać. Od 12 lat znam środowisko ratownictwa medycznego. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi… Pan minister chce odpowiedzieć, przepraszam.

Podsekretarz stanu MZ Janusz Cieszyński:

Dziękuję bardzo. Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące różnic w wydatkowaniu środków – jak mówiłem, dane pomiędzy kategoriami ze względu na zakres danych raportowanych do NFZ, po prostu nie mogą być porównywalne jeden do jednego. W zakresie rehabilitacji kardiologicznej mieszczą się zarówno procedury świadczone w modelu telemedycznym, jak i w modelu stacjonarnym. Niewątpliwie biorąc pod uwagę trendy w medycynie i chęć NFZ do tego, żeby inwestować w kontraktowanie świadczeń telemedycznych, te kwoty w kolejnych latach będą wzrastały. Z pełnym przekonaniem mogę powiedzieć, że mimo tej tabeli, jeżeli popatrzymy na pozycję dotyczącą rehabilitacji kardiologicznej, to jest spadek w ostatnim roku względem poprzedniego. On nie dotyczy z pewnością świadczeń realizowanych w trybie teleopieki, ponieważ to są raczej wahania związane z zakresem stacjonarnym.

Zakres programów pilotażowych. Został on określony po konsultacji z partnerami norweskimi, którzy też mają bardzo dużo do powiedzenia. Mówiąc wprost, oni zapewniają finansowanie, w związku z tym zakres, który proponujemy, to efekt kompromisu z partnerami norweskimi. Myślę, że te dziedziny są rozsądnie dobrane, tzn. trudno tam wskazać, że one się zupełnie nie nadają do modelu telemedycznego. Liczę na to, że środki, które otrzymaliśmy, zostaną wykorzystane optymalnie.

Zadał pan pytanie o kontynuację. To jest bardzo dobre pytanie. To nie jest dokładnie to samo, ale chciałbym to porównać do programów, które były finansowane ze środków europejskich. Co najmniej kilka takich świadczeń w ramach pilotażu realizowano ze środków europejskich. Jeden z nich, bardzo ciekawy projekt dziennych domów opieki medycznej, został po pozytywnym zakończeniu projektu, skierowanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z prośbą o wyrażenie opinii na temat włączenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Robimy pilotaże po to, żeby zadecydować po ich ewaluacji, czy one zasługują na to, żeby wrzucić do koszyka. Przykład domów pokazuje wyraźnie, że taka ścieżka jest jak najbardziej możliwa.

Finansowanie. Warto przypomnieć, że samorządy w Polsce odgrywają istotną rolę w finansowaniu pewnych zadań w opiece zdrowotnej, np. takich, jak wspominał pan. To są zadania, które samorząd finansuje według własnego uznania. MZ absolutnie nie zniechęca do takich działań, co więcej, my czasami nawet z niepokojem obserwujemy, że w takich miastach jak Warszawa budżet samorządu zaprojektowany na zdrowie często jest niewykonywany. Czyli można powiedzieć, że nie udało się wydać środków, które było początkowo zaplanowane przez miasto. Zazwyczaj budzi to nasze poważne zdziwienie, ponieważ trudno sobie wyobrazić, że nie dało się sfinansować jeszcze czegoś lepszego, czegoś dodatkowego mieszkańcom. Absolutnie nie blokujemy. Od siebie dodam, że jest zawsze bardzo dobrze, jeżeli są inicjatywy współpracy, szczególnie w przypadku telemedycyny, gdzie jest inna proporcja kosztów stałych do kosztów zmiennych niż w przypadku świadczeń stacjonarnych. Korzyści skali, wynikające z podejmowania współpracy są znacznie większe. Tym bardziej cieszy w takich sytuacjach współpraca na bardzo dużą skalę, o której, jak rozumiem, możemy już teraz spokojnie mówić w Małopolsce i liczę na to, że ten i inne programy będą kontynuowane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Panie ministrze, ślicznie dziękuję za udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania.

Szanowni państwo, przechodzimy do trzeciego punktu porządku dziennego. Wszyscy posłowie otrzymali plan pracy Komisji. Czy jest sprzeciw? Nie widzę. Stwierdzam, że Komisja uchwaliła plan pracy na I półrocze bieżącego roku.

Zamykam posiedzenie. Ślicznie dziękuję państwu za wytrwałość, dziękuję przedstawicielom ministerstw, dyrektorom, wszystkim państwu dziękuję. I wszystkim oczywiście życzymy dużo zdrowia, siły na ten nowy 2019 rok.